

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXI

SETEMBRO DE 1959

N.º 3

## Sumário:

	Pág.
Surto Hospitalar de Estafilococcias (I) — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....	35
Surto Hospitalar de Estafilococcias (II) — Dr. MIGUEL CHAMMA NETO .....	41
Sociedade dos Médicos da Beneficência Portu- guesa .....	44
Sanatório São Lucas — Movimento Cirúrgico..	48



# Boletim do Sanatório São Lucas

*Suplemento de*

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

*pelo*

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



## DIRETORIA — EXERCÍCIO 1959/1960

*Presidente*

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

*Vice-Presidente*

DR. PAULO G. BRESSAN

*Primeiro Secretário*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Segundo Secretário*

DR. NELSON CAMPANILE

*Primeiro Tesoureiro*

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

*Segundo Tesoureiro*

DR. FERDINANDO COSTA

*Bibliotecário*

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

*Conselho Consultivo:*

PROF. CARMO LORDY

DR. ADHEMAR NOBRE

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

DR. CESÁRIO TAVARES

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXI

SETEMBRO DE 1959

N.º 3

## Surto hospitalar de estafilococcias(\*)

(I)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Estamos enfrentando uma verdadeira epidemia de estafilococcias. De uns tempos a esta parte, um surto de furunculose está grassando em nosso meio, de uma maneira bastante intensiva, e, não só isso, em nossos hospitais vem-se verificando com muita frequência, pode-se dizer mesmo alarmante, o aparecimento de infecções posoperatórias complicando as feridas cirúrgicas.

É curioso que essas supurações de parede apresentam características que não são usuais na observação dos arquivos hospitalares. Em geral não é uma supuração em toda a extensão da incisão cirúrgica, mas um processo supurativo localizado, às vezes em 2 ou 3 setores de uma longa incisão. Quando a incisão é pequena, naturalmente abrange toda ela. Esse processo supurativo é geralmente subcutâneo e mostra aspectos bastante idênticos nos vários casos, apresentando um pus grumoso, empelotado como se fôra mesmo aquele pus que apresentam os furúnculos, daquela cor, daquele aspecto, daquela consistência. O exame bacteriológico dessas supurações mostra a presença de estafilococos.

Eis, pois, que dentro dessas características se pode filiar uma coisa à outra; ao surto de furunculose se deve o aparecimento das supurações de parede no posoperatório.

Essas supurações não são imediatas: geralmente ocorrem depois que o doente se afasta do hospital, depois que o doente obteve alta; isso quer dizer que é um processo de evolução lenta, e lenta também é a sua involução, porquanto embora ceda dentro de alguns dias a

---

(\*) Exposição feita perante o Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 19-2-59.

eclosão purulenta, ela permanece por muitos dias em pequena quantidade, dificultando a cicatrização terminal da ferida operatória.

Não só em nosso hospital como nos demais hospitais de São Paulo, a epidemia está grassando. O Hospital das Clínicas tomou providências enérgicas com relação aos seus centros de cirurgia, fazendo modificações de ordem administrativas que visavam o combate às estafilococcias. E pelas informações que obtivemos, nos demais serviços cirúrgicos desta Capital, entre quase a totalidade dos cirurgiões, está sendo muito notado o aparecimento de supurações posoperatórias acima da frequência que geralmente ocorria esporadicamente em outras épocas.

Estamos, pois, realmente, em face de uma epidemia de estafilococcia e os recursos para debelar essa epidemia estão se tornando difíceis, porquanto a variada gama de antibióticos não se mostra ativa com relação ao germen que está em causa. As penicilinas nas suas várias formas não têm dado o resultado que se esperava. As sulfanilamidas agem, porém demoradamente. As vacinas têm uma ação ainda um pouco mais demorada, de sorte que, como tratamento, nós estamos quase desarmados e apenas acompanhamos o processo involutivo dessas supurações na sua seqüência, por assim dizer, natural, pois é quase que por si mesmo que o pus vai se extinguindo e o doente vai obtendo a cura.

Como prevenir o aparecimento de novos casos?

Proxada a resistência do germen aos antibióticos, seria sandice insistirmos na prevenção por meio deles no posoperatório imediato ou mesmo antes do ato cirúrgico. Já tivemos ocasião de referir aqui a um estudo feito na Inglaterra em 511 casos cirúrgicos, em que se praticou a antibioticoterapia preventiva; o número de supurações posoperatórias foi igual àquele dos doentes que não sofreram a desejada prevenção por esse agente infeccioso; assim, é completamente inoperante a profilaxia pelos antibióticos das supurações em doentes operados. No ato cirúrgico tem-se ensaiado não só a penicilina nas suas várias formas, mas também as sulfanilamidas, e parece que temos resultados mais apreciáveis, colocando sulfanilamida na parede ao se cerrar a incisão.

A estafilococcia nos hospitais vem sendo por assim dizer um problema universal, porque não encontramos na literatura recente somente esses trabalhos feitos na Inglaterra, mas encontramos também uma série de citações de estudos feitos no intuito de esclarecer a etiologia dessas verdadeiras eclosões epidêmicas. Já em 1944 Miles havia estudado mais de 1.000 indivíduos que se apresentavam pela primeira vez á consulta hospitalar; 40 a 50 deles eram portadores nasais de estafilococos. Em 1935 Dolman considerava os casos de furúnculos recorrentes como resultantes da auto-inoculação de estafilococcus presentes no nariz. Partindo desses trabalhos já bastante antigos, A.A. mais modernos procuraram esclarecer se realmente exercia o nariz uma função importante na difusão desses germens e

assim, provada essa principal etiopatogenia, Hobbs em 1947 e Moss em 1948 indicaram o uso de uma pomada de penicilina na cavidade nasal, a título preventivo, a todas as pessoas que freqüentavam os centros cirúrgicos hospitalares. Ora, como vimos, os germens que promovem a epidemia são resistentes a esses agentes comuns, de sorte que é completamente inoperante o uso de uma pomada de penicilina na fossa nasal dos elementos que trabalham na sala de operações. Dado o grande número de extirpes resistentes à penicilina, Gould e Allan, em 1914, tentaram com êxito reduzir a infectividade dos portadores hospitalares pela aplicação intranasal de pomada de terramicina durante 10 dias, mas sabemos que a terramicina também falhou, porque a medida que o tempo passa os germens vão se tornando resistentes e os medicamentos desse tipo existentes no mercado vão se tornando inoperantes. Só podemos contar com a eficácia de medicamentos recém-aparecidos, contra os quais os germens ainda não adquiriram resistência.

Um método indireto para se avaliar da importância dum ambiente hospitalar como fonte de estafilococos patogênicos é o da pesquisa destes no momento de admissão e quando da alta dos pacientes. Kass e Vogelsang verificaram em 1954 que de 1346 crianças admitidas numa clínica pediátrica 73,6% eram portadoras de estafilococos coagulase-positiva, taxa que subiu para 78% ao saírem do hospital. Com a convivência hospitalar há realmente uma difusão maior das estafilococcias. Em 1958 Wise aponta 80% de portadores nasais no pessoal do hospital, havendo cerca de 50% com extirpes coagulase-positiva acrescentando que 12% dos indivíduos que trabalham nos hospitais são portadores das extirpes responsáveis pela maioria das estafilococcias aí contraídas. Parece demonstrado, segundo alguns autores, que as enfermeiras constituem as fontes mais freqüentes dos estafilococos encontrados fora dos períodos epidêmicos, conforme trabalhos que vão desde 1950 até 1958, portanto bastante recentes. São de Ravenholt e de Vec as palavras seguintes, que traduzem os resultados a que chegaram, em 1956, numa investigação em 26 hospitais: "a moléstia estafilocócica é o maior problema nos melhores hospitais, naqueles em que há patologistas e bons laboratórios e em que há um sistema de investigação sobre as infecções; os administradores dos hospitais sem tais recursos usualmente dizem que não têm o problema das estafilococcias".

É interessante verificar-se que, segundo Lowbury, o problema das infecções hospitalares tem sido mais complicado do que resolvido pela quimioterapia. Isso é uma censura á maneira como são empregadas as sulfanilamidas e as penicilinas.

Afirma-se que os estafilococos dos abscessos e das feridas se espalharam no vestuário, nas roupas da cama, no ar, na poeira, no ambiente onde vivem os pacientes. Aliás Bourdillon e Colenbrook já tinham concluído em 1946 que a remoção dos pensos, o movimento das roupas e outras atividades podem produzir a contaminação rá-

pida do ar pelos estafilococos. Mas o papel desempenhado pelos portadores é também relevante.

Num hospital de Israel, Sompolinsky verificou em 1957 que 36% dos operados tiveram infecções estafilocócicas, algumas delas graves. Um primeiro inquérito visando autoclaves, os esterilizadores, o material de sutura, as luvas, nada esclareceu, mas as colheitas do rinofaringe do pessoal de serviço mostraram que muitos dos médicos e das enfermeiras eram portadores de *Estafilococos aureus*. Com as medidas tomadas o número de infecções posoperatórias sofreu depois remissão para repontar novamente até atingir uma cifra de 37%. Procedeu-se então a uma investigação planificada que permitiu afastar qualquer responsabilidade dos estafilococos do ar e das salas de operação e levou a incriminação da extirpe presente na rinofaringe de duas das enfermeiras da equipe cirúrgica.

Um trabalho de Spink, em 1956, é bastante interessante e merece ser resumido: em pequeno hospital recéminaugurado, um primeiro paciente apresentou uma infecção estafilocócica da ferida cirúrgica; os 10 operados seguintes da mesma sala — cesareana, fratura da perna, apendicectomia, miomectomia, colecistectomia, cirurgia articular, herniotomia, massagem cardíaca, excisão de lipoma — apresentaram igualmente complicações supuradas, todas elas devidas a estafilococos, coagulase positiva, e altamente resistente à penicilina. O departamento de Saúde de Minnesota foi então encarregado de esclarecer a origem das infecções. Uma placa de cultura exposta durante 90 minutos perto do local onde os instrumentos cirúrgicos eram lavados revelou 65 colônias de estafilococos hemolíticos, contrastando o aparecimento de só uma colônia após exposição prolongada nas mesmas condições mas fora do trabalho cirúrgico. Puseram os ferros na mesa e os deixaram lá na sala quando não havia cirurgiões nem outras pessoas na sala; não se produziu contaminação da placa: mas durante as horas de trabalho as placas se contaminavam. Realizaram-se então culturas da faringe de todos os indivíduos que constituíram a equipe que trabalhava na sala, isolando-se uma extirpe de estafilococos penicilino-resistentes de uma enfermeira estagiária que acompanhava todas as intervenções. A lisotípia dessa extirpe e daquelas isoladas de 3 dos pacientes mostrou que pertenciam ao mesmo grupo. Afastada a estagiária da equipe, não se verificaram mais infecções.

Outros aspectos do problema é o que também tivemos a oportunidade de verificar com um doente amigo e colega acometido de estafilococcia da ferida cirúrgica: o aparecimento de diarreia posoperatória. A nossa primeira impressão era a de que se tratava de uma consequência do uso de antibióticos, que produziu alteração da flora intestinal condicionando o aparecimento dessa diarreia. Mas os autores geralmente consideram que é fruto de uma contaminação por estafilococos no canal entérico, afirmando que tanto no adulto como na criança a infecção intestinal estafilocócica é frequentemente provocada pelo uso dos antibióticos.

Na imensa maioria dos casos descritos, a diarreia seguiu-se ao uso dos antibióticos de largo espectro; contudo, a enterite estafilocócica pode surgir em doentes que receberam apenas penicilina e estreptomina, como demonstraram as observações de Fairlie e Kendall com os seus 5 casos, dois deles fatais.

As infecções posoperatórias do tracto intestinal por estirpes estafilocóccicas resistentes aos antibióticos de largo espectro têm especial importância tanto que Turnbull em 1957 afirmou serem responsáveis por uma séria perda de vidas nos hospitais dos Estados Unidos, pois constituem a complicação que mais facilmente leva à morte e que não é diagnosticada precocemente.

Diante do exposto, podemos avaliar a importância dessas estafilocóccicas no posoperatório dos nossos enfermos.

Outro aspecto do problema nos mostra que um surto de estafilococcia hospitalar pode ser originado por doentes que acabam de ser internados. A observação de Gillespie e Alder em 1957 é ilustrativa: 2 crianças portadoras de pneumonia com empiema estafilocócico são internadas num hospital de Bristol em março de 1956. Do pus de ambos os doentes e das fossas nasais de um deles foi isolada uma extirpe de estafilococos pertencentes ao tipo 80. Poucos dias depois uma enfermeira apresenta um furúnculo na face. Desde abril até setembro mais 29 lesões supurativas em 14 pacientes e 4 enfermeiras são originadas pela mesma extirpe. É bem certo, pois, que os doentes podem ser introdutores de um surto.

As medidas apontadas para vencer o surto epidêmico no hospital são por véses bem simples. No caso descrito por Sompolinsky em 1957, havia duas enfermeiras portadoras nasais do mesmo germe que originou as estafilocóccicas posoperatórias estas cessaram com o seu afastamento da equipe da sala de cirurgia. Como as infecções recommencessem logo após o regresso das mesmas enfermeiras, estas passaram a usar máscaras duplas e luvas e a infecções não mais se repetiram.

Apreciando a eclosão desses surtos, diz Machado Vaz em 1958 que "não resta dúvida que a terapêutica das estafilocóccicas pelos antibióticos conduziu uma excessiva confiança quanto ao seu controle, e levou, em muitos casos, ao afrouxamento da aplicação rígida dos princípios da assepsia nos hospitais". Talvez seja uma impressão muito apressurada, pois, pelo menos em nosso meio parece que não houve esse afrouxamento nem esse excesso de confiança nos antibióticos. Machado Vaz informa que uma extirpe de estafilococos aureos com características biológicas muito especiais — alta comunicabilidade do indivíduo infectado ou do portador, tendência a produzir portadores nasais e a provocar lesões no tegumento, complicações sépticas e feridas, invasão de pontos de menor resistência e progresso na resistência aos antibióticos — está largamente disseminada nos hospitais dos Estados Unidos, do Canadá e de outros países.

Os congressos médicos que têm tratado do assunto recomendam que todo hospital nomeie um funcionário ou comité responsável,



encarregado de investigar as fontes de infecção e de instituir medidas adequadas para debelar os surtos.

Os dados que resumimos do estudo feito por Machado Vaz e publicados no *Portugal Médico*, do Porto, de Setembro-Outubro de 1958, talvez nos abram alguns horizontes no combate que devemos travar contra esse surto epidêmico. Devemos lembrar, também, que a inoculação intratraqueal ou endovenosa do vírus da gripe determina, no coelho, um aumento de mais de 20 vezes da receptividade à infecção estafilocócica por via venosa, segundo experiências de André Dachy, de Bruxelas.

Talvez outros aspectos da questão possam ser levantados e antes de estabelecermos a discussão a respeito do que devemos fazer com relação ao assunto, vamos ouvir o dr. Miguel Chamma Netto, que vai apresentar uma outra face — de natureza preventiva — do combate aos surtos epidêmicos infecciosos.



## Surto hospitalar de estafilococcias (\*)

(II)

Dr. MIGUEL CHAMMA NETO

(Médico Interno do Sanatório São Lucas)

Como o Dr. Eurico Branco Ribeiro falou, a epidemia estafilococcica também atingiu o centro médico dêste hospital e a terapêutica armada entrou praticamente em falência, no combate às complicações supurativas observadas. Diante dêsse fato, resolvi pedir licença ao dr. Eurico para fazer uma explanação sôbre a dessensibilização do organismo diante de um agente etiológico.

O homem está incessantemente exposto às mais variadas doenças, seja diretamente do meio em que vive, seja indiretamente de focos infecciosos, e muitas vêzes é um agente vetor a causa de uma infecção. Como todos nós sabemos, as infecções dependem de um conjunto de fatores, fatores êsses que traduzem a gravidade de uma doença infecciosa. Êsses fatores são: a) o número de germens invasores; b) a virulência do microorganismo; e c) a resistência do organismo atacado.

A relação entre êstes fatores pode ser expressa na equação seguinte:

$$\frac{\text{número} \times \text{virulência}}{\text{resistência}} \text{ gravidade}$$

Não devemos esquecer a susceptibilidade do organismo sempre que se encontra exposto a um agente infeccioso qualquer. Quero lembrar também que o microorganismo para se assestar em qualquer lugar do corpo tem que encontrar condições necessárias para que se produza uma infecção, intimamente ligada ao aumento ou diminuição da resistência do organismo.

A resistência nada mais é que a capacidade do indivíduo para combater uma infecção. A resistência varia de pessoa para pessoa, e numa mesma pessoa, quando fica exposta a antígenos de diferentes agentes infecciosos ou sob a influência de alterações mais definidas do meio ambiente. A resistência compreende muitos fatores não

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 10 de março de 1959.

específicos e a soma de todos estes fatores reflete-se na susceptibilidade do indivíduo a uma infecção, como por exemplo quero citar a sensibilidade do diabético às infecções estafilocócicas e tuberculosa, que parece ser maior do que nas pessoas normais.

Sabemos que os estreptococos ou os estafilococos podem produzir às vezes um abcesso, às vezes um furúnculo, outras vezes um empiema etc. Isto chama a atenção, porque é um mesmo germen produzindo diferentes processos. Também a tuberculose pode parecer sob a forma de abcesso, às vezes como caverna, como tubérculo ou como pneumonia lobar exudativa e caseosa, assestando-se em diferentes órgãos como os rins, cérebro ou próstata; é pois um mesmo bacilo dando as mais diversas formas e os mais variados quadros clínicos em diversos órgãos.

Agora eu vos faço esta pergunta: porquê isto? porque, evidentemente, existe um fator mais importante que o agente etiológico, que é o terreno na qual se assesta o germen. A semente não pode germinar sem um terreno. É interessante notar que já Hipócrates acentuava a importância desse terreno para a Medicina.

Para se compreender este assunto é necessário conhecer certos fenômenos fundamentais.

Quando se descobriu a bacteriologia houve uma grande esperança em Medicina pelo fato de se descobrir a causa das doenças. Esta esperança foi malograda, porque o combate à doença era fraco e quase inútil. Disso decorreu maior interesse científico nos estudos das doenças que foram então estudadas experimentalmente:

Koch, em 1891, descobriu o bacilo da tuberculose, e com ele fez a seguinte experiência: tomou de uma cobaia, na qual já havia sido instalada a tuberculose por meio de injeção do bacilo, nela injetando novamente outra dose de bacilo em suspensão. Notou que, 24 horas depois, no ponto de inoculação se formava um processo inflamatório intenso, com congestão, hemorragia, necrose e eliminação para o exterior do tecido e então formava-se a escara. É este o conhecido fenômeno de Koch e que também ficou esquecido na medicina. Hoje, sabe-se que qualquer proteína é capaz de produzir tal fenômeno.

Em 1901 Arthus, injetou sôro de cavalo em coelho, que continuou a viver como se nada tivesse acontecido. Concluiu, portanto, que o sôro equino não era tóxico ao coelho. Passados 15 dias, injetou novamente nesse mesmo coelho outra dose de sôro e notou que 24 horas depois, no local da injeção havia um processo inflamatório, necrose de tecidos, eliminação e formação de escaras, fato este que recebeu o nome de fenômeno de Arthus, em tubo semelhante ao de Koch. O que é isto senão reação modificada do organismo em relação a um processo de sensibilização pré-existente.

Aqui está, caros colegas, a base científica da dessensibilização, em estudo por mim feito, no pré e no posoperatório. Contando com

a ajuda particular de cada um dos colegas para o benefício de um coeficiente comum que é o doente, obtive os seguintes resultados: Foram observados 30 casos, sendo 27 laparotomias, 2 herniotomias e 1 tireoidectomia. Em 18 casos o Afenil foi associado ao antibiótico, com fins preventivos, havendo apenas 4 casos de supuração. Com o emprêgo exclusivo do Afenil em 12 casos, a incidência de supuração foi menor: apenas 2 casos. Sem medicação preventiva, a supuração ocorria em mais de  $\frac{1}{3}$  dos casos.

## Sociedade dos Médicos da Sociedade Portuguesa de Beneficência

**Jubileu de Prata.** — Realizou-se no dia 17 de agosto de 1959, no restaurante da Associação Paulista de Medicina, um jantar dos médicos da Beneficência Portuguesa, durante o qual foi comemorado o jubileu de prata da Sociedade dos Médicos daquele hospital.

Durante o agape, o dr. Carlos Ferreira da Rocha pronunciou o seguinte discurso:

Meus prezados colegas e amigos

Sendo de natural avesso aos discursos pela falta de encanto na oratória, de brilho no estilo e de pureza cristalina nas idéias, a usar um fraseado descolorido preferimos nos aproximar do velho aforisma popular — “falar é prata calar é ouro”. Serei breve para a tranquilidade dos amigos. A Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo comemora festivamente o seu jubileu de prata. Nasceu, cresceu, progrediu, amparada desde os seus primórdios pelo sópro vivificante da jujança do talento e notável operosidade de seu idealizador o Dr. Eurico Branco Ribeiro, que no velho Hospital S. Joaquim, mourejou 16 longos anos num admirável e incansável atividade profissional. Assim enriqueceu o acervo científico da Sociedade dos Médicos com 55 comunicações e trabalhos de real valor conseguindo elevar tão alto o seu renome e grandeza em S. Paulo, no Brasil e até no exterior que fez jus ao merecido título de Primeiro Presidente de Honra. Em 2 de agosto de 1934, às 20,30 horas na “Sala dos Médicos” da velha e saudosa Beneficência da rua Brigadeiro Tobias realizava-se a sessão solene da fundação da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sendo presidente o inesquecível Dr. José Barbosa de Barros e como secretário o Dr. Eurico Branco Ribeiro. Compareceram mais 19 médicos: os Drs. Adhemar Nobre, Alvaro de Sá, Antônio Rodrigues Netto, Carlos Fernandes,

Carlos Ferreira da Rocha, Eurico da Silva Bastos, Hercílio Marroco, Francisco Finocchiaro, Jayme Rodrigues, João Manoel Rossi, João von Sonleithner, Joaquim Ferreira da Rocha, José Finocchiaro, Mendonça Cortez, Nelson Rodrigues Netto, Nestor Granja, Raul de Almeida Braga e Wladimir de Toledo Piza. Estiveram presentes 30 pessoas entre médicos e diretores do Hospital. Usaram da palavra o presidente Dr. José Barbosa de Barros explicando os motivos da fundação da Sociedade dos Médicos, o Dr. Américo Brasiliense, então Diretor Clínico há 30 anos, agradecendo a saudação do presidente da Diretoria Administrativa comendador Silva Porto e no final o comendador Silva Parada demonstrando a satisfação da Diretoria pela fundação da Sociedade. Logo a seguir realizava-se a primeira sessão ordinária da novêl Sociedade com a apresentação de um caso de calculo gigante solitário da vesícula biliar pelo Dr. Alvaro de Sá. Depois, a parca traiçoeira ceifou a vida de nove dos nossos dedicados e prestimosos associados: os Drs. Américo Brasiliense, Artur de Souza Martins, Bento Teobaldo Ferraz, Carlos Eduardo Arruda Araújo, Gaspar Fonseca, José Barbosa de Barros, José de Almeida Camargo e Nestor Granja. Vivem eles entre os mortos, mas vivos estão reverenciados na nossa gratidão e respeito galardoando méritos científicos e reverenciando à memória de dois sócios eméritos, num preito de gratidão, oferece a Sociedade dos Médicos os Prêmios J. Gonçalves Moreira e Dr. Bento Teobaldo Ferraz. O primeiro instituído em novembro de 1939 foi distribuído em concurso aos Drs. Abdias Ferreira Filho e Marino Lazzareschi com o trabalho “Tratamento da osteomielite. Em concurso ao mesmo prêmio saiu vitorioso em 1948 o trabalho “Indicações

da radioterapia em clínica e cirurgia da autoria dos Drs. Raul de Almeida Braga, Matias Roxo Nobre, Renato Araújo Cintra, Andrelino do Amaral e Oscar von Pful. Quanto ao Prêmio Dr. Bento Teobaldo Ferraz instituído em 1945 venceu em 1950 o magnífico trabalho do nosso associado Dr. Jesus Pan Chacon com o tema: Identificação anatômica dos gânglios do tronco simpático lombar. Valor clínico e cirúrgico. A melhor regularização e conhecimento dos prêmios citados traria naturalmente maior número de candidatos. Nos 25 anos de vida fecunda e de intenso labor com perto de quinhentas sessões científicas e sociais ocuparam a presidência os Drs. Ademar Nobre, Alfre-

do Pacheco Júnior, Américo Brasiense, Carlos Ferreira da Rocha, Eduardo Cotrim, Eurico Branco Ribeiro, Eurico da Silva Bastos, Jayme Rodrigues, Jarbas Barbosa de Barros, João Manoel Rossi, Joaquim Ferreira da Rocha, José Augusto Arruda Botelho, José Barbosa de Barros, Juvenal da Silva Marques, Mendonça Cortez, Nelson Rodrigues Netto e Osvaldo Alves de Godoy. Filha diletta da Beneficência Portuguesa, a Sociedade dos Médicos desde a sua fundação, dela tem recebido inúmeras provas de estima e consideração, que igualmente retribue externadas na admiração sincera pelos seus esforçados, dinâmicos e beneméritos diretores. Graças a essa simbiose harmônica de médicos dis-



O Dr. Eurico Branco Ribeiro, fundador da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa ao ser cumprimentado pelo presidente da mesma, Dr. Ademar Nobre.

tintos, dedicados e competentes num dinamismo intenso fornecendo a matéria prima indispensável a qualquer organização hospitalar e à direção administrativa luso-brasileira abnegada e benemérita foi possível, lá na colina do Paraíso a metamorfose, o rejuvenescimento do velho Hospital de S. Joaquim numa realidade cristalizada no maior monumento particular de assistência médico-social de São Paulo, do Brasil e quicá da América do Sul.

Desde o seu nascedoiro, a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, de maneira incontestável tem mantido os objetivos de sua fundação: o intercâmbio científico, a amizade sincera e a defesa dos interesses coletivos. Colegas de inegável valor cultural e profissional, agregados em família, numa santa comunidade, dão grandioso realce cívico e considerável renome científico à Sociedade dos Médicos da Beneficência.

Continuemos, portanto, unidos no presente e no futuro como fomos no passado, mantendo esse "Fogo sagrado do trabalho e da amizade" essa cooperação sincera, dedicada, espiritual e científica para o bem de todos, para a vida e prestígio crescente da Sociedade dos Médicos da Beneficência e da grandiosidade do Hospital de S. Joaquim.

A seguir o Dr. Eurico Branco Ribeiro, fundador da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa preferiu a seguinte oração:

"Reconfortante e admirável é a cerimônia que estamos realizando. Aqui nos reunimos, nesta noite, — médicos que nos achamos ligados às atividades do Hospital São Joaquim da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Paulo, — para comemorarmos, de u'a maneira familiar e agradável, o "jubileu de prata" da associação profissional que vem procurando congregar-nos sob a égide da Ciência para gáudio de nossos anseios de progresso e satisfação de nossas naturais dificuldades de ordem administrativa.

Achamo-nos em família, á hora costumeira de merecida pausa ao fin-

dar de mais uma jornada estafante no desempenho de árdua tarefa que a nós mesmos nos impusemos pela escolha da profissão, sentados alegremente á volta da mesa consagrada pelos exemplos bíblicos, como cada dia fazemos, em nossos lares, entre os nossos familiares, esquecendo as agruras passadas e recordando os momentos salutareos de certas atitudes edificantes. Aqui, hoje, não é a família civil que se reúne para festejar um aniversário. É, sim, outra família, também querida e amável, que se constitui de pessoas que convivem sob o mesmo teto, a que acorrem sob o impulso dos mesmos propósitos, colaborando intimamente entre si, num esforço sempre renovado, conhecendo-se cada vez mais. É a família profissional, que jubilosamente se reúne para relemburar um acontecimento, que já faz parte das suas tradições e cuja memória quer deixar gravada na mente dos mais novos. O fato, em si, poderia ser figurado como a própria constituição da família médica do hospital, pois a fundação de uma Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa como que deu corpo e solidez para o conjunto de profissionais que labutavam entre os velhos e estreitos corredores do vetusto edificio da rua Brigadeiro Tobias, cada qual empenhado nas suas tarefas especializadas, sem haver um liame permanente de atração mais íntima que os levasse de suas atividades pessoais para um convívio coletivo, ainda que apenas periodicamente. Ao zás-trás cotidiano da sala do café, sucedeu-se de então para cá e de quando em vez, a sessão da Sociedade dos Médicos, que os prendia por mais tempo no mesmo ambiente acolhedor e recendente a rubiácea, dando-lhes maior conhecimento mútuo, cimentando amizades, formando uma verdadeira irmandade dessa família que hoje aqui se encontra.

Reconfortante e admirável é a cerimônia que estamos presenciando! Ela marca, sem dúvida, o sentido de uma realização. Reconhece a importância de um órgão através do qual os médicos de um mesmo hospital podem trocar idéias, expender opiniões mostrar os frutos de sua expe-

riência, expôr as suas inquietudes, concorrer para o progresso de sua arte e ilustrar as páginas da sua ciência. Confirma o aprêço que merecem as iniciativas tendentes a encaminhar os homens de uma mesma ocupação para uma encruzilhada comum onde as idéias vindas de todos os rumos se cruzam, se aferem e se caldeiam, constituindo-se em fonte de proveitosos ensinamentos. É por fim, em suma, o reconhecimento de que está sendo devidamente bem apreciado o espírito que presidiu à instituição da Sociedade dos Médicos, e que outra coisa não era do que o ideal de aliar à rotina do serviço profissional o anseio de aprimorar a cultura, à luz das lições vividas no contacto diuturno com os doentes. Isso tudo por certo que é reconfortante! Reconfortante e admirável. Sim, admirável também, porque traduz a compreensão dos membros do corpo médico do hospital a respeito do elevado alcance de uma iniciativa consagrada pelo decorrer de cinco lustros de sadia sobrevivência. É admirável porque congrega velhos companheiros

que lhe deram assistência e apoio, dedicação e entusiasmo, atividade e vigor, cabendo-lhes, nesta ocasião, as glórias de que se devem cobrir os verdadeiros mantenedores das tochas candentes que o seu espírito associativo soube postar nas elevadas alturas da constelação de núcleos científicos que enobrece o panorama de São Paulo. É ainda admirável porque conta com a adesão de novos elementos de alcandorado valor, que, atraídos pela imponência e modernismo do novo Hospital São Joaquim, vieram trazer àquela casa o prestígio do seu renome e estão dando à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa o concurso de sua valiosa colaboração, numa confortadora demonstração de solidariedade e de perfeita compreensão dos deveres decorrentes da vida hospitalar.

Neste momento, em que a família médica da Beneficência Portuguesa comemora e festeja o jubileu de prata da sua sociedade, bebamos todos pela perene confraternização de todos os seus membros, e pela indefinida prolongação de suas proveitosas atividades!



## Sanatório São Lucas

## Movimento Cirúrgico

Durante o ano de 1958, o movimento de intervenções cirúrgicas realizadas pelos operadores do Sanatório São Lucas, foi o seguinte:

MESES	PEQUENA	MÉDIAS	GRANDES	TOTAL
Janeiro.....	57	54	62	173
Fevereiro.....	80	73	68	221
Março.....	104	82	100	286
Abril.....	82	62	53	197
Maió.....	71	64	44	179
Junho.....	72	76	52	200
Julho.....	84	99	93	276
Agosto.....	102	81	82	265
Setembro.....	86	76	74	236
Outubro.....	103	72	76	251
Novembro.....	91	82	83	256
Dezembro.....	67	68	64	199
TOTAL.....	999	889	851	2.739

